ROK IX. LISTOPAD 1929. Nr. 11 (83)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

PROFESOR DR. MED. H. WILGA

O powikłaniach w jamie ustnej po tyfusie plamistym.

616.31002 — 009: 616.310 89: 616.311.3: 616.9

Referat, wygłoszony na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Wilnie.

Piśmiennictwo lekarskie posiada znaczną ilość prac, traktujących o powikłaniach chirurgicznych, obserwowanych w następstwie chorób zakaźnych, jak tyfus brzuszny, powrotny, osutkowy, odra, szkarlatyna, dyfteryt, influenza. Szczególnie szeroko omawiane są zmiany anatomo-patologiczne, zachodzące w ustroju po tyfusie brzusznym, najmniej zaś mówi się o powikłaniach tyfusu plamistego. Dopiero ogromna epidemja tej choroby, która wybuchła na wschodzie po wojnie światowej i podczas głodu w Rosji, przyczyniła się do nowych licznych i cennych badań w tym kierunku.

Z prac tych widzimy, że chirurgiczne powikłania tyfusu plamistego mogą dotyczyć wszystkich prawie tkanek i narządów ustroju ludzkiego.

W oznaczonym czasie epidemji tyfusu plamistego, ofiarą którego padały setki tysięcy ludzi, miałem możność obserwować w Moskwie w uniwersyteckiej klinice odontologicznej i w szpitalu dla chorych szczękowych kilkanaście przypadków ciekawych powikłań po tyfusie plamistym w jamie ustnej. Charakter powikłań tych znacznie różni się od tych, jakie były opisane w znanej mi literaturze, dlatego też obserwacje moje pozwalam sobie ogłosić w druku.

Pomijam tu omawianie sprawy specyficznego zarazka przy tyfusie plamistym, za który w dobie obecnej uważa się zarazek „Rickettsia Prowazeki“, odsyłając interesujących się tą kwestją do wyczerpującej pracy R. Weigla: „O istocie i postaci zarazka duru osutkowego“. (Medycyna doświadczalna i społeczna, tom VIII, zeszyt 1—2, rok 1927).

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych, prowadzących do wszelkich chirurgicznych powikłań w całym ustroju ludzkim po tyfusie plamistym, to liczne badania, przeprowadzone szczególnie w okresie ostatniej wielkiej epidemji tej choroby, wykazują, że zachodzą tu specyficzne zmiany układu naczyniowego i nerwowego.

Badania Prowazek'a, Albrechta Dąbrowskiego, Sterlinga-Okuniewskiego i innych wykazały zmiany w drobnych naczyniach tętniczych we wszystkich narządach ustroju. Podług tych autorów następuje zwyrodnienie wewnętrznej błony naczyń, prowadzące miejscami do jej martwicy, oraz do bujania błony zewnętrznej.

Podług Dawidowskiego, Abrikosowa i innych przeszkoda w krążeniu krwi na obwodzie, którą obserwuje się przy tyfusie plamistym, jest spowodowana uszkodzeniem układu nerwowego współczulnego i rdzenia przedłużonego, specyficzne zaś zmiany w układzie naczyniowym, tak w naczyniach włosowatych, jak i w naczyniach dużych, są następstwem *Endovasculitis verrucosae* i *Trombovasculitis destructivae*. Tak naprzykład, podług Dawidowskiego, zgorzel kończyn przy tyfusie plamistym ma swoją przyczynę nie tylko w zaburzeniach krążenia krwi na obwodzie, lecz i w organicznej zmianie małych tętnic i naczyń odżywczych dużych pni naczyniowych.

Odnośnie do terminu powstania powikłań po tyfusie plamistym, to podług danych R. Herzenberga, mogą one występować już dość wcześnie zaraz po spadku krytycznym temperatury, lub też ujawniają się w czasie późniejszym po 3 — 7 tygodniach choroby.

Odnośnie do wieku chorych można stwierdzić, że do lat 10-ciu prawie nie bywa powikłań, od 10 do 15 lat spotyka się je rzadko, od 15 lat występują systematycznie; największa ilość powikłań zdarza się w wieku od 25 do 45 lat, najniebezpieczniejsze powikłania są w okresie od 45 do 60 lat, w tym jednak wieku wielu chorych umiera jeszcze przed okresem powikłań.

Przy tyfusie plamistym obserwujemy chirurgiczne powikłania ze strony skóry, układu naczyniowego, chłonnego, narządów trawienia,

oddychania, moczopłciowego, jak również ze strony nosa, uszu, stawów, kości i jamy ustnej.

Opisanie wszystkich tych powikłań nie wchodzi w zakres niniejszej pracy, przytoczę więc tu tylko te z nich, które mają najbardziej charakterystyczne cechy i mogą wyjaśnić obserwowane w jamie ustnej zjawiska.

Ze strony skóry występuje niekiedy (dość rzadko) w 4 tygodniu powierzchowna zgorzel. Częściej obserwuje się zgorzel skóry w okolicy ogonowej już w 10 — 12 dniu choroby wraz z zaburzeniami mózgowemi. Według Charcota i Kürstera powikłanie to jest wynikiem ostrego surowiczego zapalenia opon mózgowych lub zapalenia mózgu.

Specyficznem powikłaniem tyfusu plamistego jest zgorzel kończyn, jest ona wynikiem zachorzenia ogólnego układu naczyniowego oraz siatki naczyń włosowatych. Zgorzel kończyn przy tej chorobie, szczególnie dolnych, jest zjawiskiem dość częstem. W niektórych wypadkach obejmuje ona tylko palce, w innych zaś razach posuwa się aż do kolan.

Trombophlebitis — zapalenie żył zatorowe występuje niekiedy w końcu 4-go tygodnia tyfusu plamistego wraz z innemi powikłaniami na podłożu uprzedniego uszkodzenia układu naczyniowego.

Najczęstszem powikłaniem omawianej choroby ze strony gruczołów i dróg chłonnych jest zapalenie ślinianki przyusznej. Występuje ono z początku jednostronnie, a po kilku dniach schorzeniu ulega i druga strona.

Powikłanie to jest dość ciężkie dla chorego. Otwieranie ust staje się bolesne. Żucie i połykanie utrudnione. Wydzielanie śliny mniejsze, język suchy i popękany; higjeniczne utrzymanie jamy ustnej jest utrudnione. Zakażony przewód ślinianki obrzmiewa i traci drożność, zawartość infekowanego gruczołu nie ma ujścia i zapalenie występuje w całej pełni.

Zapalenie gruczołów chłonnych szyi jest dość rzadkiem powikłaniem tyfusu plamistego.

Powikłania ze strony kości i stawów przy tyfusie plamistym rzadziej się spotyka, niż przy tyfusie brzusznym. Przyczem zapalenie szpiku kostnego, jak twierdzi cały szereg autorów (Dawidowski, Herzenberg i inni), po tyfusie plamistym nie występuje w ścisłem tego słowa znaczeniu. O wiele częściej sprawa dotyczy tu procesów próchnicowych, przy których jama kości nie bierze udziału w procesie.

Charakterystycznem i dość częstem powikłaniem ze strony kości przy tyfusie plamistym jest, podług Zabłudowskiego, próchnica kości żebrowych. W parę miesięcy od początku choroby występuje przy silnych bólach ponad jednem z żeber obrzmienie skóry, następnie zaczerwienienie jej i chełbotanie, wreszcie powstaje ropień, po pęknięciu lub rozcięciu którego zgłębnik dosięga na dość znacznej przestrzeni nierównej spróchniałej kości. Ten cały obraz kliniczny i dalszy jego przebieg niezmiernie jest podobny do gruźliczego próchnienia kości. Taki sam obraz kliniczny próchnicy żuchwy obserwował ten autor po ropnem zapaleniu ślinianki przyusznej (po tyfusie plamistym).

Zapalenie okostnej różnych kości występuje dość często w 4-m tygodniu choroby, przyczyniając choremu silne bóle; zapalenie ogranicza się zwykle okostną, nie wywołując głębszych uszkodzeń.

Oprócz wspomnianych wyżej komplikacyj w jamie ustnej po tyfusie plamistym (zapalenie ślinianek okołousznych i zmian w kościach szczękowych), obserwowane są także zapalenia zatoki Highmora, występujące w 4-m tygodniu choroby i wymagające zawsze interwencji chirurgicznej, oraz — zgorzel języka.

Zgorzel języka, podług dr. R. Herzenberga, jest dość rzadkiem powikłaniem. Język obrzmiewa, na błonie śluzowej jego widzimy pęknięcie. Poruszanie jest utrudnione i bolesne, przez co wymowa i połykanie upośledzone, wydzielanie śliny zmniejszone. W 4-ym tygodniu choroby język się oczyszcza, koniuszek jego przyjmuje jednak czerwono-fioletowe zabarwienie, następnie ciemnieje, a po kilku dniach przedstawia obraz przebiegającej zgorzeli; pokrótce wytwarza się linja demarkacyjna i zmartwiała część języka odpada.

W znanem mi piśmiennictwie znalazłem liczne prace, traktujące o zapaleniu szpiku kostnego z zejściem w martwicę szczęk po tyfusie brzusznym i influenzie (Parthes, Conitis, Payr, Kraske, Zilz, Szmieden, Duns i inni), lecz nikt z inch, zgodnie z przytoczonemi przedtem autorami, nie mówi o podobnych powikłaniach po tyfusie plamistym. Jedynie dr. Szafran w 1923 r. (Dentystyka Polska), opisał 5 przykładów częściowej martwicy szczęk, jako komplikacje tyfusu plamistego, poprzedzonych przypuszczalnie zapaleniem szpiku kostnego.

Przechodzę do opisania obserwowanych przezemnie w Moskwie od 1919 r. do 1921 r., szesnastu przypadków powikłań w jamie ustnej po tyfusie plamistym, które różnią się od opisanych już przedtem przez innych autorów.

We wszystkich moich przypadkach stwierdziłem w większym lub mniejszym stopniu martwicę kości szczękowych zawsze z uprzednim zapaleniem szpiku kostnego, w 4-ch zaś przypadkach oprócz obszernej martwicy kości szczękowych znalazłem zgorzel policzka oraz części nosa i warg.

U wszystkich tych 16-tu chorych zęby w obrębie zmienionej kości były zdrowe.

Przypadki te można podzielić na 3 grupy według stopnia komplikacyj, jakie miały miejsce w jamie ustnej.

Do I-ej grupy należą te z nich, w których martwica kości szczęki względnie żuchwy obejmowała wyłącznie kości wyrostka zębodołowego około 3 do 6 zębów. Było ich 3.

Do II-ej grupy odnoszą się przypadki, gdzie mamy martwicę wyrostka zębodołowego i trzonu szczęk na znacznej przestrzeni oraz zmianę śluzówki jamy ustnej. Takich przypadków było 9.

Do III-ej grupy zaliczam przypadki, w których, oprócz obszernej martwicy kości szczękowych, obserwowałem także zgorzel śluzówki i policzka z odnośnej strony. Takich przypadków obserwowałem 4.

I-sza grupa.

Przyp. 1. An. Iw-a, 35 lat. Zgłosiła się w listopadzie 1919 r. do znajdującej się pod mojem kierownictwem, Kliniki Stomatologicznej Moskiewskiego Uniwersytetu, uskarżając się na rozchwianie się 3-ch trzonowców prawej strony żuchwy, silne wydzielanie się ropy z pod dziąseł oraz obrzęk odpowiedniej części przedsionka.

Chora przebyła tyfus plamisty. Podczas rekonwalescencji w 5-m tygodniu choroby poczuła silne bóle w okolicach wspomnianych zębów. T-⁰ podniosła się do 39,5 i wystąpił obrzęk policzka; po 10-ciu dniach bóle i obrzęk ustąpiły.

Przy badaniu stwierdziłem znaczne rozchwianie się wspomnianych zębów, odchylenie około nich dziąseł, z pod których wydzielało się dużo ropy. Kość wyrostka zębowego na przestrzeni 3-ch trzonowców była w stanie obumarcia.

Po usunięciu martwaka i zębów nastąpiło wygojenie się rany.

Przyp. 2. M. Jeł. 26 lat. W styczniu 1920 r. chorował na tyfus plamisty. W końcu drugiego miesiąca choroby, kiedy już przychodził do zdrowia, poczuł bóle w okolicach górnych siekaczy i kłów. Warga i policzki opuchły. Po 1—2 tygod-

niach obrzęki i bóle ustąpiły, natomiast zauważył, że zęby te zaczęły się obnażać i chwiać, a z pod rozpulchnionych dziąseł wychodziło sporo ropy.

W tym stanie w końcu 3-go miesiąca po tyfusie plamistym chory zgłosił się do Kliniki Stomatologicznej Moskiewskiego Uniwersytetu.

Przy badaniu okazało się, że cały wyrostek zębodołowy na przestrzeni siekaczy i kłów górnej szczęki przedstawia martwak, w którym zęby tkwiły luźno.

Po usunięciu martwaka i zębów rana się zgoiła.

P r z y p. 3. I w. K o z ł, 34 l a t. Chorował na tyfus plamisty w ciągu 5 tygodni w ciężkiej formie. Kiedy przychodził do zdrowia w 6-m t y g o d n i u choroby nastąpił obrzęk policzka i dziąseł z prawej strony górnej szczęki; T-^{0} podniosła się do 39,6. Jednocześnie chory miał silne bóle.

Po 2-ch tygodniach obrzęki i bóle ustąpiły; chory opuścił szpital. Jednak po tygodniu t. j. w 10-m tygodniu od dnia zasłabnięcia, chory zgłosił się do Kliniki Stomatologicznej Moskiewskiego Uniwersytetu ze skargą na opuchnięcie i ropienie dziąseł oraz rozchwianie się zębów.

Przy badaniu stwierdzono, że kieł i obydwa przedtrzonowce z prawej strony górnej szczęki silnie się chwieją i że policzkowa ściana wyrostka zębodołowego w granicach tych zębów jest w stanie obumarłym, zupełnie oddzielona od reszty szczęki. Po usunięciu martwaka i odpowiednich zębów, rana się zagoiła.

(Dokończenie nastąpi).

DZIAŁ STRESZCZEŃ

DR. E. HOUSSET. **Chirurgja zębodołu w zastosowaniu do zakaźnych spraw przywierzchołkowych.** *(La chirurgie alvéolo-dentaire dans ses rapports avec les infections péri-apicales).* „L'Odontologie" Nr. 5 mai 1929.

Już w 1921 r. autor w sprawozdaniu swojem o infekcji przywierzchołkowej zaznaczył, że należy tłumić każde przywierzchołkowe ognisko zakaźne w samych jego początkach, nawet w tych wypadkach, gdy nie oddziaływa ono na ogólny stan chorego. Podkreśla on dwie metody leczenia: 1) zachowawczą — to znaczy leczenie środkami mechanicznemi, chemicznemi, lub nawet biochemicznemi; 2) metodę chirurgiczną. Zdawałoby się, że leczenie chirurgiczne ma coraz więcej wskazań, gdy leczenie zachowawcze—przez kanał daje wątpliwe wyniki.

Tymczasem już w roku 1921 autor przedstawił po raz pierwszy we Francji cały szereg rentgenogramów, częściowo z własnej praktyki wziętych, częściowo od amerykańskiego autora M. Peters'a zapożyczonych. Wszystkie one wykazały po przeprowadzonej kuracji zniknięcie zaciemnienia, całkowitą odbudowę kości, niekiedy nawet o tendencji do nadzwyczaj zbitego utkania w okolicy przywierzchołkowej. Jednocześnie znikały objawy kliniczne w postaci bólów, przetok, niekiedy rozchwiania zębów, oraz bolesność przy obmacywaniu i ostukiwaniu.

Leczenie zakażonego zęba obejmuje trzy tereny, na których rozwija się czynność ratownicza: 1) kanał, ognisko pierwotnego zakażenie, najłatwiejszy do wyjałowienia; 2) kanaliki, gdzie dostęp jest trudniejszy; 3) okolica przywierzchołkowa, stanowiąca właściwe ognisko zakażenia, najmniej dostępna działaniu środków zwykłych.

Racjonalne leczenie jest zależne od całkowitej drożności kanału: gdy on jest kręty lub niedrożny, działanie na tkanki przywierzchołkowe nie daje pożądanych wyników. Rozszerzanie kanału sposobem mechanicznym, często groźne, chemicznym, mniej niebezpieczne, będzie stanowiło pierwszy etap leczenia. Następny — to w większej części osuszanie zapomocą sączków. wchłaniających płyn surowiczy, czy też ropny. Zabieg ten wzmaga czynność obronną tkanki i wstrzymuje rozwój zakażenia przy wierzchołku. Nie można twierdzić, że to środki farmakologiczne tak skutecznie działają na tkankę przywierzchołkową, gdyż nie mamy na to klinicznych danych ani za, ani przeciw. Natomiast przekonano się, że w niektórych wypadkach działają one szkodliwie w zależności od składu, dawkowania i sposobu użycia, bo nieraz przenikając przez wierzchołek, wywołują odczyn bolesny (kw. siarkowy, stężony roztwór lapisu) i silne przekrwienie. Jeśli weźmiemy pod uwagę środki dezynfekcyjne, przekonamy się, że są wśród nich takie, które są antyseptykami li tylko z nazwy i, jak to stwierdzili H o u s s e t i H u l i n, nie są w stanie powstrzymać rozwoju łańcuszkowców lub paciorkowców. Mamy jednak i prawdziwe antyseptyki, skutecznie działające w stanie odpowiedniego stężenia i przy umiejętnem dawkowaniu. Formalina, krezole i dichloramina działają nieraz zbyt gwałtownie, nie można więc tak różne odcinki zęba, jak kanał i tkanki przywierzchołkowe, leczyć tym samym środkiem o jednakiem stężeniu. Lepiej stosować kolloidy, pobudzające tylko tkankę do odczynu obronnego. Zniknięcie zaciemnienia na kliszy rentgenowskiej i ustanie objawów klinicznych należy przypisać działaniu środków dezynfekcyjnych, przyczem drożność kanału, sączkowanie i odczyn obronny tkanki są zasadniczym warunkiem wyleczenia. Wskazania co do

leczenia chirurgicznego będą się zmniejszały w miarę postępu w leczeniu *„per vias naturales“* (przez kanał), przy szczególnie aseptycznem traktowaniu zapaleń miazgi.

Często jednak interwencja chirurgiczna jest lekceważona, jako zabiegi, i wykonana bez należytego przygotowania. Jeżeli coraz częściej stosujemy odcięcie wierzchołka, to tem staranniej i lepiej należy je wykonywać. Dawniej robiono nacięcie lub wycinano kawałek dziąsła w kształcie małego krążka, albo też niszczono je galwanokauterem; kulistym świdrem robiono otwór w zębodole i przedziurawiano korzeń, ażeby uzyskać łączność kanału z raną zewnętrzną. Wydobywanie się płynu, wprowadzanego do kanału przez ranę, było miarodajnem.

Operacja musi być wykonana w warunkach ścisłej aseptyki, materjał operacyjny wyjałowiony. Nie wolno się zrażać trudnością zachowania aseptyki w jamie ustnej, ani też liczyć na odporność miejscową.

Warunki anatomiczne. Szczęka górna.

Trepanację wykonywamy zawsze na powierzchni wargowo-jarzmowej. Zatoka szczękowa odgrywa wielką rolę przy zabiegach chirurgicznych. Jej ukształtowanie i wymiary są bardzo niestałe. Do uwypuklenia jej dolnej ściany często przylega wierzchołek drugiego przedtrzonowca, a policzkowe korzenie pierwszego trzonowca najczęściej są wklinowane w jej dno. Te dwa zęby są najczęściej przyczyną zapaleń zatoki, są one najtrudniejsze do operowania, bowiem cienka blaszka kostna dna jamy Highmora tworzy uwypuklenia nieraz dość głębokie. Przedtrzonowiec drugi, rzadziej pierwszy i kieł, mają przylegać do ścian zatoki. Zewnętrzna blaszka zębodołu może być zniszczona, a niekiedy ściana zatoki bywa przy wierzchołku bardzo cienka lub nawet przedziurawiona. Uchyłek dolny zatoki jest w swej najgłębszej części wklęsły w stosunku do wyrostka zębodołowego, ta spadzistość utrudnia drenowanie wnętrza.

Powierzchnia zewnętrzna żuchwy jest nieco wysunięta ku przodowi i lekko pochylona od zewnątrz w kierunku jamy ustnej. Na samym środku nosi ślady pierwotnego szwu dwu składowych części żuchwy. Ślad ten, zaznaczający się chropowatą linją, kończy się na dolnym brzegu żuchwy guzowatością bródkową. W zasadzie przy zębach przednich, czasem nawet przy I trzonowcu, ściana przedsionkowa zębodołu jest bardzo cienka; w tych wypadkach, gdy żuchwa jest niska, linja skośna tworzy łuk wzmacniający już przy II-im przedtrzonowcu i I-ym trzonowcu. Na zewnętrznej powierzchni żuchwy zaznaczają się łęki zębodołów, szczególniej wybitne dla kłów. Umiejsco-

wienie otworu bródkowego jest niestałe. Mieści się on mniej więcej na $2^1/_2$ — 3 cm. od linji skośnej w połowie wysokości żuchwy, w miejscu odpowiadającem zębodołowi drugiego przedtrzonowca. W zanikających wyrostkach zębodołowych otwór ten leży bliżej górnego brzegu trzonu. Przedstawia on koniec kanału, biegnącego w żuchwie, który jest łożyskiem splotu nerwu zębodołowego dolnego. Zakończenie tworzy nerw bródkowy, który po wyjściu przez otwór tejże nazwy, dzieli się na liczne gałązki zaopatrując błonę śluzową wargi dolnej i skórę twarzy tej okolicy. Niektóre gałązki tworzą połączenia z nerwem twarzowym. Kanał żuchwowy przebiega linją skośną w kierunku ku przodowi i dołowi, tak że często sąsiaduje blisko z wierzchołkami drugiego i trzeciego trzonowca. Ściana kostna od zewnątrz i wewnątrz jest zbita, w środku mieści się część gąbczasta o dobrze rozwiniętych beleczkach. Górny brzeg wyrostka zębodołowego, gruby na poziomie przedtrzonowców i trzonowców, ku przodowi zwęża się stopniowo. Przy wierzchołkach zębów siecznych i kłów blaszka zębodołu jest najcieńsza. Ważną jest rzeczą przy zabiegach chirurgicznych dokładna znajomość rozmieszczenia i długości korzeni. Wprawdzie rentgenografja wykazuje szereg odchyleń, jednak, stosując się do wskazówek Black'a, Choquet, Dieulafé i Herpin'a, możemy w przybliżeniu określić długość zęba i umiejscowienie wierzchołka. Ściana zewnętrzna żuchwy w obrębie siekaczy i kła tworzy łęki bardzo wybitne, na poziomie wierzchołków siekaczy i przedtrzonowców jest często porowata. Ważną rzeczą jest znajomość przedsionka. Wysokość jego zależy od wysokości szczęk. Przeciętnie wymiar górny wynosi w linji środkowej $2^1/_2$ cm., dolny 2 cm. W okolicy przyczepu mięśni przy wierzchołku pierwszego przedtrzonowca lub kła w szczęce górnej i dolnej znajdujemy fałdy błony śluzowej, w linji środkowej więzadełka wargowe górne i dolne. Okolica przywierzchołkowa (linja, łącząca wierzchołki wszystkich korzeni) sięga głębiej niż przedsionek, bowiem przeczepy mięśni przysiecznych, policzkowych, bródkowych zmniejszają głębokość przedsionka i warunkują jej nierównomierność. Bardzo długie korzenie kłów górnych tkwią pomiędzy punktami przyczepów mięśni, co pozwala głębiej odsunąć śluzówkę. W bliskiem sąsiedztwie wierzchołka korzenia górnego kła znajduje się nerw podoczodołowy, dolnego — otwór bródkowy i vena facialis.

Dziąsło właściwe nie przekracza na wysokość 7 — 8 mm., przykrywając szyjki zębów i brzeg zębodołu. Śluzówka jamy ustnej w odróżnieniu od śluzówki dziąsła, jest czerwieńsza, dzięki bogatemu unaczynieniu; pod nią znajduje się wiotka tkanka łączna.

*
* *

Istota uszkodzeń i wskazania do rezekcji.

W 1921 r. autor, opierając się na objawach klinicznych i obrazach rozrzedzenia kości, ustalił kilka rodzajów schorzeń. Według nowych zdobyczy nauki klasyfikacja jego w ostatnich czasach uległa zmianom i wskazania co do leczenia przedstawiają się następująco:

1. Należy zawsze przeprowadzić leczenie kanału i kanalików, nawet w tych przypadkach, gdy jest przewidziana operacja, a to w celu zmniejszenia zjadliwości drobnoustrojów.

2. Podczas leczenia kanału środki farmakologiczne i sączkowanie wywierają dodatni wpływ na ozębną, wzmagając jej odporność naturalną. W niektórych przypadkach, po pewnym czasie ustają objawy kliniczne i rentgenografja wykazuje mniejsze zmiany przy wierzchołku. Wówczas interwencja chirurgiczna nie jest wskazaną, a należy w dalszym ciągu stosować leczenie zachowawcze.

3. Zabieg chirurgiczny staje się koniecznością, gdy po przygotowaniu mechanicznem i chemicznem, to znaczy po udrożnieniu kanału i drenowaniu, sączki są dłuższy czas wilgotne, objawy kliniczne nie ustają i wzmaga się zjadliwość drobnoustrojów.

4. Decyzja co do zabiegu chirurgicznego musi zapaść niezwłocznie w wypadkach:

a) stwierdzenia istnienia rozrzedzeń kostnych oraz torbieli przywierzchołkowych;

b) anomalij korzenia, zakrzywienia i niedrożności kanałów;

c) pozostawienia złamanego instrumentu w kanale i niemożności jego wydobycia;

d) rozessanie wierzchołka;

e) konieczności szybkiej i pewnej kuracji ze względów protetycznych;

f) łatwego dostępu i przy warunkach sprzyjających operacji.

Wskazania te są bardzo schematyczne, w praktyce należy się posługiwać sprawdzianami klinicznemi, histologicznemi i rentgenografją.

Badania Delater'a i Berchera nad ziarniakami wykazały, że nabłonek pod wpływem czynników zakaźnych, tworzy guzy, których ziarniniak może być pierwszym etapem. Chociaż taki guz najczęściej jest dobrotliwym, a zwyrodnienie rakowate należy do wyjątków, niemniej jednak wydzielane toksyny wskazują na konieczność całkowitego wyłuszczenia i obaj autorzy zalecają usunięcie zęba lub odcięcie wierzchołka. Jednocześnie przyjmują, że ostra infekcja może

doprowadzić do ropienia, ropa uchodzi przez kanał lub przetokę, torebka przywierzchołkowa staje się płaską.

Naskutek leczenia szerokie, kuliste, ograniczone zaciemnienie, wskazujące na ziarniniak, zmniejsza się, przyczem znikają kliniczne objawy, odbudowa kości zdaje się całkowitą. Przy ostrych, od samego początku, sprawach, znajdziemy przy wierzchołku korzenia małą półkulistą przestrzeń, jasną na filmie.

O odbudowie kości przez ziarninowanie pisał w 1923 r. Haour, w 1926 — Leriche i Policard w swem wiekopomnem dziele pod tytułem: „O fizjologji normalnej i patologicznej kości". Doniosłe znaczenie tej pracy przedstawił i zastosował do zakresu potrzeb stomatologów Frey w swej książce zatytułowanej „Kość i Ząb".

Płat okostnej, przeszczepiony między mięśnie, produkuje kość tylko w tym przypadku, gdy zawiera ziarenka kostne. W warunkach zwykłych okostna ogranicza nowotworzenie kostne. Stąd też podczas zabiegu chirurgicznego po oddzieleniu śluzówki i okostnej, wyskrobaniu powierzchni kości, odcięciu wierzchołka, ubytek przykrywa się płatem okostnej i śluzówki, który przymocowuje się szwami. W ranie tworzy się skrzep. Przekrwienie powierzchownych warstw kości, wywołuje ich rezorbcję i wyzwolenie soli wapnia; przekrwienie okostnej może wywołać nawet powrót do stanu embrjonalnego. Tkanka łączna pączkująca tworzy ośrodek kostnienia, beleczki dążą w kierunku okostnej, na której ciąży obowiązek ograniczenia nadmiernego ich rozwoju. Leriche i Policard zalecają posługiwanie się przy operacji ostrym instrumentem, któryby okostną oddzielał wraz z drobniutkiemi cząstkami kości. Szwy nakłada się w celu zabezpieczenia skrzepu od wpływów zewnętrznych.

Odcięcie wierzchołka najlepiej wykonać świdrem stożkowatym, o podłużnych i spiralnych nacięciach, gdyż kleszcze kruszą wierzchołek na drobne odłamki, które łatwo pozostawić w ranie. Cięcie może być skośne w kierunku medialno distalnym lub przedsionkowo-językowym. Zresztą zależy ono od umiejscowienia i rozmiarów schorzenia, zarysów zaciemnienia, przyczepu ziarniniaka. Cięcie skośne w wielu razach ułatwia dostęp do korzenia.

Gdy proces chorobowy obejmuje odrazu dwa sąsiednie korzenie siekaczy, rezekcja jest łatwą; gorzej się rzecz przedstawia, gdy chodzi o obydwa korzenie pierwszego przedtrzonowca, przy których umieściły się ziarniniaki. Należy wówczas odciąć wierzchołek korzenia policzkowego, aby się móc dostać do podniebiennego. Korzenie policzkowe (przedsionkowe) pierwszego trzonowca są wklinowane w dolną —

przednią ścianę zatoki, często więc zależnie od grubości jej utkania kostnego i położenia, wskazana jest niska rezekcja, albo odcięcia korzenia in toto. Przy rozessaniu kości w okolicy wierzchołków siekaczy środkowych, należy zwrócić uwagę na bliskość przedniego kanału podniebiennego. Odcięcie wierzchołka w ogólności jest tem trudniejsze, im bardziej ograniczone jest schorzenie. W przypadkach rozległego zniszczenia przegrody międzyzębowej w związku ze sprawami przywierzchołkowemi w dolnych trzonach, Roy poleca po przeprowadzonem leczeniu wypełnianie ubytku między korzeniami amalgamatem.

Podczas operowania.

Krwawienie najwięcej utrudnia zabieg i zabiera dużo czasu, wymagając ciągłego tamponowania, to też autor stosuje przed zabiegiem zastrzyki roztworu soli wapniowych. W ciągu najbliższych dni, poprzedzających operację, chory musi zachować jaknajdalej idącą profilaktykę. Jego stan ogólny winien być dobry; nie wolno operować w okresie rekonwalescencji lub przed i w czasie perjodów. W wątpliwych wypadkach należy chorego poddać ogólnemu badaniu w dzień operacji.

Przebieg operacji.

Pole operacyjne dezynfekuje się przy pomocy grubego tamponu waty, zanurzonego do surowicy Netter'a. Jodyny nie należy używać, gdyż drażni i ściąga śluzówkę. Znieczulenie miejscowe działa na okolicę schorzenia. Dajemy zastrzyk nie tylko w podściółkę dziąsła, ale i do fałdy śluzówki. Należy unikać zastrzyku do ogniska chorobowego. Oprócz tego pod ręką powinna się znajdować pełna strzykawka na wypadek potrzeby dodatkowego znieczulenia. Autor posługuje się specjalnym rozwieraczem, pomoc asystenta ogranicza się do tamponowania i podawania narzędzi. Rozwieracz przytrzymuje materjał opatrunkowy dookoła pola operacyjnego, do przedsionka zakłada się wałki, a do jamy ustnej wprowadza się ślinociąg. Znieczulenie wywołuje obrzęk śluzówki, który można zmniejszyć uciskając kawałkiem wyjałowionej gazy na daną okolicę.

Cięcie, sięgające do okostnej, winno być prostolinijne, szerokie, poprowadzone ponad linją wierzchołków, a nigdy w dziąśle. Cięcie pochyłe można robić tylko w razie potrzeby ominięcia, np. wiązadełka wargowego. Nacięcia złożone, półkuliste, lub w kształcie litery T, są niepożądane ze względu na gorsze warunki zbliżenia brzegów rany.

Nacięcie poziome musi być długie, ażeby tkanka, nie będąc rozrywaną, dawała się łatwo odsuwać. Górny brzeg rany odsuwamy dokładnie, odsłaniając kość. Brzeg dolny odchylamy lekko, możliwie nie odrywając tkanki łącznej od podłoża. Pod górny płat rany wsuwamy dren, długości nacięcia, zabezpieczający ranę od krwawienia. Brzeg dolny sam przez się krwawi mało. Tym sposobem mamy przed sobą osuszoną kość, na powierzchni której dokładnie zarysowuje się okolica przywierzchołkowa zębodołu. Ścianka jego nieraz jest przeżarta, naskutek obecności ziarniniaka lub torbieli. Wówczas zgłębnikiem badamy to sztuczne wejście do zębodołu. Następnie, posługując się dłutem prostem lub zgiętem (model Stacke'a) i młotkiem, usuwamy kość. Dłuto w tym przypadku ma tę wyższość nad świdrem, że nie strzępi i nie miażdży tkanki kostnej, nie rozrywa tkanek miękkich, nie niszczy wierzchołka jednocześnie ze ścianą kostną. Im dłuto ostrzejsze, tem delikatniejszemi będą uderzenia młotka. Wskazanem jest sprawdzanie granic schorzenia miękkim zgłębnikiem i częste posługiwanie się w czasie opearcji rentgenografją. Po dokładnem odsłonięciu wierzchołka podcinamy go z dwóch stron ostrym świdrem szczelinowym, poczem usuwamy go lekkiem uderzeniem dłuta. Rezekcja, wykonana samem dłutem, jest równie niebezpieczna, jak wykonana kleszczami, gdyż również może spowodować pęknięcie korzenia lub jego zdruzgotanie. Kierunek kanału i jego drożność sprawdzamy zgłębnikiem. Kanał rozszerzamy drylami, przepłukujemy płynem Netter'a, posługując się strzykawką z grubą igłą, którą wprowadzamy do kanału. Musi on być dokładnie wymyty, wszelkie ślady krwi usunięte przy pomocy alkoholu, eteru lub ligroiny. Do kanału wprowadzamy niewielką ilość dezynfekującej pasty i wysterelizowany, cynowy sztyfcik. Musi on nieco wystawać nad odciętym wierzchołkiem korzenia, tak, żeby rozpłaszczony gładzidłem, tworzył szczelne przykrycie. Wejście do kanału wypełnia nieprzenikliwa pasta, niezmieniająca koloru zęba. Komorę należy dokładnie wymyć i wysuszyć, bowiem ząb może też zmienić zabarwienie na skutek działania barwników krwi. Wkońcu samą ranę przemywamy płynem Netter'a, wyjmujemy dren, zbliżamy brzegi rany i nakładamy trzy szwy, posługując się cienkim catgutem i krzywą igłą do małych szwów.

Po operacji choremu należy zapewnić spokój, strzec go od zaziębień i zmęczenia, czuwać nad działalnością nerek i temperatury, nie mówiąc już o jaknajdalej idącej profilaktyce jamy ustnej. W razie wtórnego krwawienia, co jest rzeczą rzadką, stosować lekki ucisk, okłady z hemostylu, zastrzyk arhemapectiny. Bóle występują w wy-

jątkowych wypadkach. Obrzęk rzadki, ledwie widoczny, nie wymaga żadnych zabiegów; staje się groźnym w razie zakażenia rany.

W szczęce dolnej obrzęk może wywołać objawy duszenia się. W razie najmniejszej wątpliwości należy zdjąć jeden szew. Gdy wszelkie ostrożności zostają zachowane, nigdy nie bywa komplikacji. Na trzeci, czwarty dzień zdejmuje się szwy. Dokonywa się zdjęć rentgenografją: jedno w kilka dni po operacji, drugie w 6 do 12 miesięcy później. Blizna wówczas wystąpi jako jaśniejsza, lekko wypukła linja, a kość będzie odbudowana w znacznej mierze, jeśli nie w całości.

Str. Antonina Reuttówna.

WEBER RUDOLF. **Anatomie.** *(Die Fortschritte der Zahnheilkunde).* II Band, 1 lief. 1926.

W artykule niniejszym autor omawia dane z literatury anatomicznej, dotyczące zagadnień, interesujących dentystykę ze względu na to, że pozostają one w bliższym lub dalszym związku z kwestjami stosowania miejscowego znieczulenia, przygotowywania protez i t. p.

Przegląd swój rozpoczyna od *Vestibulum oris* — przedsionka jamy ustnej — utworzonego przez wargi i policzki oraz szczęki górną i dolną. Określiwszy jako wargi te części miękkie, których jądrem, że się tak można wyrazić, jest *M. orbicularis oris,* jako policzki natomiast te, które tworzy przedewszystkiem *M. buccinatorius,* opatrzony od strony wewnętrznej podbiciem z błony śluzowej, — a które sięgają od kącików ustnych do ucha i od łuku jarzmowego do brzegu żuchwy, — autor omawia pokrótce rozwój ontogenetyczny policzków, powstających w związku ze wzrostem wałów szczękowych. Rosnąc ku sobie, nie ograniczają one początkowo jamy ustnej od boków, lecz dopiero później, połączywszy się, tworzą tak zw. *Sulcus buccalis,* — przyczem w miejscu przyszłych kącików ust powstaje niezbyt długa, prostopadła ścianka. Wargi dobrze dość rozwinięte już u 20 mm. zarodka, i oddzielone od części alveolarnej brózdą, u zarodka nieco starszego (+ 25 mm.), są skierowane ku bokom i ku dołowi. W postępującym jednocześnie procesie wzrostu obu wyrostków szczękowych, górnego i dolnego, ten ostatni stosunkowo większy bierze udział, przyczem w listewce zębodołowo-policzkowej powstaje szczelina, która stanowi właśnie zacządek *Vestibulum oris,* a która oddziela od przyszłego kostnego wyrostka zębodołowego warstwę, biorącą udział w kształtowaniu się policzka.

Na ten ostatni w stanie ostatecznego rozwoju składają się zatem: 1) ścianka boczna pierwotnej jamy ustnej oraz 2) 2 części, powstałe z rozszczepienia wspomnianych listewek zębodołowo-policzkowych obu szczęk.

Vestibulum oris stanowi według Corning'a podkowiastego kształtu szparę, ograniczoną zębami, błoną śluzową wyrostka zębodołowego szczęki górnej i części zębodołowej żuchwy, wargami oraz policzkami. Od tyłu da się wyczuć gałęź żuchwy *z processus coronoideus* oraz *plica pterygomandibularis,* która tworzy niejako boczne kulisy.

Niezmiernie ważną właściwością, umożliwiającą zabiegi dentystyczne, jest nadzwyczajna elastyczność przedsionka jamy ustnej, uwarunkowana, zdaniem Henle'go, elastycznością fascii (powięzi), powlekającej *M. buccinator,* zdaniem Schredera zaś tonusem — napięciem — samego mięśnia. Elastyczność policzka wybitnie maleje od 2 — 3 molara wgłąb, skutkiem obecności przebiegającego tu *M. masseter.* W przekroju frontalnym na wysokości 2-go molara *Vestibulum oris* przedstawia się, jako wąska szpara, sięgająca na jakieś 2 cm. powyżej i poniżej powierzchni stykania się zębów; — ograniczającym mięśniem jest *M. buccinator,* oddzielony pokładem tłuszczowym Bichat od *M. masseter.* Pokład ten bliżej ku przodowi leży bezpośrednio pod skórą, aż do okolic warg, gdzie znowu wiązki mięśniowe wypromieniowują obficie do skóry. Posiadające tu swe miejsca przyczepu mięśnie mimiczne, biorą udział przynajmniej od przodu w budowie przedsionka jamy ustnej, przyczem — z pewną dowolnością coprawda — dadzą się podzielić na 3 warstwy.

Do pierwszej warstwy wchodziłyby mięśnie: *triangularis, transversus menti, risorius, zygomaticus* i *quadratus labii superioris.*

Do drugiej zaliczyćby można *M. quadratus labii inferioris* i *M. caninus;* do trzeciej wreszcie mięśnie: *buccinatorius, orbicularis oris, incisiorii superior* i *inferior, mentalis i nasalis.*

Niektóre z mięśni, ostatnio wymienionych, posiadają swe przyczepy na wardze bezpośrednio, większość zaś w bliskości kącików ust swoiście się przeplata i przyczepia się bądź do błony śluzowej *Vestibulum oris,* bądź do skóry, częściowo zaś wypromieniowuje do warg. Co się tyczy mięśni pierwszej i drugiej warstwy, to wszystkie one pozostają w związku z wargami. Z nich mięśnia śmiechu — *m. risorius* — brak niekiedy całkowicie, niekiedy natomiast jest on bardzo silnie rozwinięty i przyczepem sięgać może aż do krawędzi kości jarzmowej.

Autor rozpatruje teraz kolejno punkty przyczepu i przebieg szeregu mięśni, należących do wspomnianej grupy mięśni mimicznych, jak też ich ustosunkowanie wzajemne. Specjalną uwagę zwraca na *M. buccinatorius,* ze względu na bezpośrednią bliskość jego przyczepu do wyrostków zębodołowych.

Jeśli chodzi o zdanie sobie sprawy w związku z kwestją znieczulenia miejscowego nasiękowego przedsionka jamy ustnej, jak dalece muskulatura pociągnięta być może do współcierpienia, to wraz z Fischerem powiedzieć można ogólnie, że w szczęce górnej korzenie zębów w zębodołach nie są z pewnością pozbawione tkanki mięsnej, — w dolnej zaś najwyżej kły i oba przedtrzonowe. Indywidualne różnice w przyczepach mięśni nie grają zasadniczej roli i to, że tylko pewne partje mięśni będą poddawane znieczuleniu nasiękowemu, nie będzie miało wpływu na rezultat ostateczny.

Przed rozpatrzeniem znaczenia, jakie posiadają przyczepy mięśniowe dla praktycznych zadań protetyki, autor porusza ubocznie jedynie związane z omawianemi kwestjami zagadnienie udziału pokrywających czaszkę części miękkich w ukształtowaniu całości oraz poszczególnych części twarzy, zagadnienie, któremu Kantorowicz poświęcił specjalne studjum. Zagadnienie to występuje jaskrawo, gdy chodzi o zidentyfikowanie np. czaszki, gdy jesteśmy w posiadaniu portretów lub masek osobników, nas interesujących, bądź też, gdy mając czaszkę, staramy się odtworzyć prawdopodobny wygląd twarzy jej właściciela, jak to np. miało miejsce w wypadku, gdy Kollman i Buechly próbowali na podstawie znalezionej czaszki kobiecej, pochodzącej z budowli nadwodnych szwajcarskich, zrekonstruować jej twarz, przyczem stosowali przy modelowaniu średnie wartości grubości części miękkich poszczególnych okolic twarzy.

Grubość zaś ta, jak wiadomo, według badań Broca, Weisbacha, Mies'a i innych, zależna jest, poza stanem odżywienia, również i od wieku, płci, absolutnej wielkości głowy, a wreszcie rasy rozpatrywanego osobnika.

Dla celów ortopedyczno-djagnostycznych ważne są wiążące się z omawianem zagadnieniem pytania: 1) jak dalece kontury szkieletu twarzy mogą być zatarte przez części miękkie, oraz 2) w jakim stosunku pozostają do siebie wymiary, brane na czaszce do analogicznych, branych na głowie oraz, czy i w jaki sposób zmienia się położenie punktów, na podstawie których bierzemy te pomiary?

Z przytoczonych przez autora danych, dotyczących średniej grubości części miękkich w poszczególnych okolicach twarzy, wynika, iż

średnia grubość części miękkich jest tem większa, im bardziej oddalamy się od czoła, a zbliżamy się po przekątnej do kątów żuchwowych.

Stąd też, o ile kontury kostne czoła są wyraźnie zarysowane, o tyle w dole twarzy (górna warga — bródka) są one przez części miękkie silnie zamaskowane. Ukształtowanie okolicy ust jest mimo to jednak ogromnie uzależnione od układu kostnego tej okolicy, co potwierdzić może każdy dobry obserwator-praktyk, dla którego, jak wiadomo, duże znaczenie posiada przy wstawieniu zębów kwestja ustosunkowania się części miękkich do kośćca, przedewszystkiem większej czy mniejszej części wargi.

Jeśli chodzi o odpowiedź na drugie pytanie, to zrozumiałem jest, że pomiary na głowie muszą być większe, niż na czaszce, co zaś do położenia punktów pomiarowych, to okazało się, że rzeczywiście są one na głowie, w stosunku do umieszczenia ich na czaszce, przesunięte.

Po tej krótkiej dygresji na temat udziału, jaki biorą w ukształtowaniu twarzy kościec i części miękkie, autor przechodzi do związanego z poprzednio omawianemi sprawami topografji przedsionka zębowego, zagadnienia budowy bezzębnego wału szczękowego, który wpływa bez wątpienia na konfigurację *Vestibulum oris*.

Ze względu na to, że atrofja wyrostka zębodołowego może być po wypadnięciu zębów mniej lub więcej posunięta, szereg autorów starał się bezzębne szczęki rozklasyfikować według rozmaitych schematów. I tak Suplee (według Willemse) dzieli szczęki bezzębne na 4 klasy, zależnie od rozwoju wyrostka zębodołowego, umiejscowienia przyczepów mięśni i charakteru błony śluzowej podniebienia twardego.

Schröder, który uważa, że zanik wyrostka zębodołowego naskutek resorbcji dojść może aż do *Spina nasalis*, wyodrębnił w ogromnym materjale, opracowanym przez Russowa, trzy typy bezzębnych górnych szczęk.

Dla pierwszego charakterystyczną jest obecność wyrostka zębodołowego w postaci wysokiego i cienkiego grzebienia; dla drugiego obecność szerokiego, lecz niskiego wyrostka zębodołowego, przy niskiem podniebieniu i niskiem sklepieniu przedsionka jamy ustnej; w trzecim wyrostki zębodołowe prawie znikają, podniebienie i sklepienie przedsionka leżą na jednakowym prawie poziomie, błona śluzowa policzków i warg zachodzi na brzeg podniebienia twardego.

Naturalnie, że najłatwiejszem jest zakładanie protez na szczęki typu pierwszego. Na szczęki typu drugiego jest to sprawa znacznie trudniejsza, u trzeciego zaś niekiedy bywa wogóle wątpliwą.

W żuchwie procesy resorbcyjne zachodzić mogą jeszcze dalej, nawet na gałęź żuchwy i staw żuchwowy.

O. Köhler z Instytutu Schrödera wyróżnia wśród bezzębnych żuchw aż 4 typy: pierwszy, gdy resorbcja przebiegła równomiernie na całym wyrostku zębodołowym; drugi, gdy uległa jej nawet część ciała żuchwy; trzeci, gdy specjalnie silnie widoczna jest ona w okolicy zębów trzonowych; czwarta zaś, gdy odwrotnie, głównie ucierpiała przednia część żuchwy. Jasnem jest, że ukształtowanie każdego z tych typów zależne jest przedewszystkiem od czasu, jaki ubiegł od chwili utraty zębów. Łatwość założenia protezy zależy oczywiście przedewszystkiem od stopnia resorbcji, ale też i od przekroju zresorbowanej żuchwy, którego ukształtowanie może ułatwiać lub utrudniać zadanie dentysty.

W referowanym artykule omawiana jest następnie sprawa stosunku wyrostka zębodołowego do otoczenia z punktu widzenia dróg rozchodzenia się procesów chorobowych. Wobec tego, że naogół ścianka, oddzielająca zębodół od podniebienia, jest grubsza od oddzielającej go od przedsionka, — przetoki przy zapaleniach ropnych, szukających ujścia, skierowane są ku przodowi, ku przedsionkowi. Wyjątek stanowi często drugi siekacz, którego zakończenie korzenia w 50% wypadków, zachylone jest ku podniebieniu, na którem też przy chronicznym *paradontitis'ie* wierzchołkowym zjawić się może fistuła. Na podniebieniu zjawiają się też niekiedy cysty (torbiele), zarówno od siekacza bocznego, jak również od podniebiennych korzeni zębów przedtrzonowych i trzonowych pochodzące.

Stosunek korzeni zębowych do jam szczękowych jest ogólnie znany. Według danych podręcznikowych, jama Highmora ciągnie się od drugiego zęba trzonowego do kła, dno jej u długotwarzowców niejednokrotnie bywa poprzedzielane przez alveole, przyczem bardzo cienka blaszka kostna w tem miejscu bywa z łatwością przerywana przy procesach ropnych. Badania Zwirnera wykazały, że jama Highmora, posiadająca mniej więcej kształt trójściennej piramidy, o pojemności około 6 cm. sześć., może ulegać licznym warjacjom kształtu i objętości, zależnie od wielkości processus alveolaris lub processus zygomaticus przedewszystkiem.

Inne elementy, jak to processus frontalis lub sphenomaxillaris, mogą tu grać również rolę.

Stosunek uzębienia do jamy nosowej jest również klinicznie ważny. Ponieważ zębodoły środkowych siekaczy, — (jako też bocznych, a nawet kłów, do pewnego stopnia pozostających w związku z jamą nosa), — wypadają akurat w miejscu zachylenia dna jamy nosowej ku tyłowi, znajdują się więc w optymalnych warunkach co do możliwości utworzenia się przetoki, której też tu nigdy nie spotykamy. Grozi natomiast występowanie na dnie kostnym nosa cyst, opisanych przez G e r b e r a, jako nabrzmiałości i stąd noszących nazwę nabrzmiałości G e r b e r a.

M a y r h o f e r dzieli je na trzy rodzaje ze względu na miejsce ich występowania (z boku lub na dnie nosa) i dowodzi, że przyczyną ich występowania bywają nietylko siekacze lub ewent. kieł, lecz również zęby przedtrzonowe lub trzonowe.

Drogi wyprowadzające procesów ropnych w żuchwie, o ile nie są to zwykłe przetoki na wyrostku zębodołowym, pozostają w ścisłym związku z *M. buccinator*. Powstawanie ropni skroniowych (Schläfenabscesse) tłumaczy się ścisłemi stosunkami anatomicznemi pomiędzy powięzią M. dużego żwacza, a powięzią skroniową, umożliwiając przebicie się ropnia, wynikłego naskutek zapalenia ropnego na t. zw. zębach mądrości. Procesy chorobowe tego zęba mogą również powodować powstawanie t. zw. ropni opadowych, opustowych, których przemieszczenia na szyję stać się może przyczyną komplikacyj, grożących nawet życiu.

Po przedstawieniu według opisu S i e h e r a ustosunkowania dna jamy ustnej, — będącem, jak wiadomo, dnem mięśniowem — a muskulaturą szyi, autor wyjaśnia, jak procesy zapalne, przebiegające w zębach mądrości, przesunąć się mogą na górne okolice szyi specjalnie tam, gdzie przebiega arterja *maxill. ext.* Rozprzestrzeniając się dalej wzdłuż *art. carotis externa, art. communis, vena jugularis* ku dołowi do trójkąta szyjnego, stąd zaś dalej do klatki piersiowej, — dając w swym przebiegu obraz straszliwej Angina Ludovici.

Na zakończenie przeglądu ustosunkowania uzębienia do poszczególnych okolic twarzy, autor porusza w paru słowach stosunek uzębienia do oczodołów, opracowane bliżej przez S i e h e r a. Według S i e h e r a, obecność anastomozy (połączenia) pomiędzy *Vena angularis* a *V. ophtalmica superior* oraz pomiędzy *V. ophtalmica inferior* a żylnym *plexus pterigoidus,* doprowadzić może przy pewnych okolicznościach do flegmony oczodołu lub też zakrzepu zatoki żylnej.

Wreszcie króciutko autor niniejszego artykułu porusza sprawę anatomji zaburzeń korzeni zębowych. Badania P r e i s w e r k a, G.

Fischera, Hessa, Zürchera i innych stwierdzają po ukończonym wzroście zęba wzdłuż przebiegające w regio apicalis korzeni różnicowanie, które doprowadzić może do bardzo skomplikowanych obrazów.

W związku z powyższem dentystyka staje przed pytaniem, czy nie należałoby — wbrew najnowszym metodom leczenia korzeni — pozostawić organizmowi zadanie zorganizowania, załatwiania się, że się tak wyrażę, ze znekrotyzowanemi resztkami tkanek w zakończeniach kanałów?

Na pytanie to jednak Weber nie odpowiada, sądząc, że nie tu jest miejsce na bliższe rozpatrywanie wysuwających się biologicznych zagadnień.

Streściła *Dr. E. Stołyhwowa.*

Z Państwowego Instytutu Dentystycznego.

Sprawozdanie za rok ak. 1928/1929.

Odczytane przy rozdawnictwie dyplomów przez Dyrektora Instytutu.

Rok sprawozdawczy jest dziewiątym rokiem istnienia Państw. Instytutu Dentystycznego. Przebieg toku nauk naogół uważać można za normalny. Przewidziany statutem program wykonany został prawie w całej rozciągłości.

Pocieszającem zdarzeniem w tym roku stało się zorganizowanie Studenckiej Kasy Chorych, brak której dawał się młodzieży dotkliwie we znaki. Jest to w wysokim stopniu zasługą starań P. Prof. Romana Nitscha, Prodziekana Wydziału Lekarskiego, oraz dobrych chęci i życzliwości P. Prof. Feliksa Erbricha, za co też tą drogą składam Im wyrazy uznania i podziękowania.

Do korzystnych zdobyczy zaliczyć również należy uzyskanie z Ministerstwa Wyzn. Rel. iOśw. Publ., oprócz dotychczasowych 7 stypendjów, dodatkowo ósmego. W tej chwili Instytut rozporządza ogółem 9 stypendjami, z których jedno jest ufundowane przez Zarząd Magistratu m. st. Warszawy. Ponadto Komisja Stypendjalna przyznaje pewne zapomogi z funduszu, zebranego z opłat na pomoc w naturze dla studentów i na stypendja, tak, że obecnie korzysta z pomocy finansowej liczniejsze grono młodzieży niezamożnej, niż w latach ubiegłych

Niezależnie od stypendjów, przeznaczonych dla uczącej się młodzieży, Instytut otrzymał w tym roku jeszcze 2 stypendja naukowe dla asystentów na wyjazd zagranicę na studja specjalne. Skorzystali z nich: adjunkt katedry Chirurgji Stomatologicznej i st. asystent katedry Techniki Dentystycznej.

Natomiast z przykrością zaznaczyć muszę, że najbardziej piekące sprawy Instytutu, jak nadanie Instytutowi praw uczelni akademickiej oraz przyznanie kredytów na jego budowę, mimo najlepszych widoków, dotychczas jeszcze nie mogły być definitywnie załatwione przez miarodajne czynniki. Starania jednak Władz Instytutu, trwające już od lat kilku, w każdym razie nie ustaną, aż do osiągnięcia celu, czego należy się spodziewać w ciągu najbliższych miesięcy.

Kolegjum profesorów postradało w roku sprawozdawczym jednego z najpoważniejszych swoich członków. Dnia 7 grudnia 1928 r. zmarł ś. p. Prof. Szymon Dzierzgowski — Wicedyrektor Państw. Instytutu Dent. w latach ak. od 1924/25 do 1926/27.

W zmarłym nietylko Instytut stracił wielce zasłużonego profesora, ale również i świat naukowy uczonego wielkiej miary. Cześć Jego pamięci!

Władze Instytutu, mając na uwadze przysporzenie zawodowi jednostek zdolniejszych, do roku ak. 1928/29 przyjmowały na studja kandydatów zasadniczo drogą konkursu matur. Takie kwalifikowanie kandydatów, niestety, nie wydało oczekiwanych wyników, gdyż niejednokrotnie posiadacze dobrych matur nie wyróżnili się swojemi zdolnościami na terenie Instytutu.

Dlatego Rada Profesorów przyszła do wniosku, że skuteczniejszem będzie wprowadzenie egzaminu wstępnego dla osób, pragnących studjować w Instytucie, co też zapoczątkowane zostało od roku ak. 1929/30.

Posiedzeń: Rady Profesorów odbyło się w roku sprawozdawczym 9; Komisji Nostryfikacyjnej 7; Komisji Stypendjalnej 4; prócz tego zbierały się Komisje: budżetowa, regulaminowa, egzaminacyjna i kilka innych.

W dniu dzisiejszym przypadło mi w udziale wręczenie dyplomów na stopień lekarza-dentysty Paniom absolwentkom i Panom absolwentom z roku ak. 1928/29.

Ogółem uzyskało prawo do otrzymania dyplomu 97 osób, w tem ukończyło Instytut z odznaczeniem osób 7, a mianowicie: Berhang Maryla, Gluza Wanda, Merklejn Marja Józefa, Nawarecka Janina

Ludmiła, Prybe Helena Joanna, Skrzypińska Irena Franciszka, Wilkowska Antonina Helena.

Na poszczególnych kursach znajdowało się słuchaczy, jak następuje:

Na IV roku osób 100, w tem 3 nostryfikantów.

Przystąpiło do egzam. przed wakacjami — 99 osób.

Zdało wszystkie egzaminy przed wakacjami — 88 osób, w tem 2 nostryfikantów.

Po wakacjach uzupełniło egzaminy — 11 osób, w tem 1 nostr.

Ponadto przystąpiły do egzaminów w m. październiku 2 nostryfikantki, z których jedna zdała wszystkie egzaminy, drugiej zaś pozostał do zdania 1 egzamin.

Otrzymuje dyplomy w m. listopadzie 1929 r.:

93 absolwentów z r. ak. 1928/29.

4 absolwentów z r. ak. 1927/28, po złożeniu egzaminu z jęz. łac.

Razem 97 absolwentów.

Otrzymało nostryfikacje dyplomów 4 osoby.

Nie otrzymuje dyplomów z powodu warunku egzam. z łaciny 3 osoby.

Na III roku było 105 słuchaczy.

Na II roku było 99 słuchaczy.

Na I roku było 139 słuchaczy.

Ogółem było w Instytucie 443 słuchaczy.

Działalność w roku sprawozdawczym poszczególnych oddziałów Państw. Instyt. Dent. przedstawia się następująco:

Na Oddział Chirurgji Stomatologicznej.

Program pracy był dyktowany dwoma względami. Skierować wszystkie siły współzawodników w kierunku pokrycia wydatków, spowodowanych utworzeniem z własnych funduszów oddziału kliniki dla leżących chorych oraz zdobycie pomocy naukowych, jakie są koniecznie potrzebne do należytego prowadzenia wykładów i ćwiczeń, a także do rozpoczęcia wydawania drukiem prac naukowych.

Dążenia zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem. Wytężona praca wszystkich pracowników oddziału, zarówno lekarskich, jak i nie lekarskich dokonała tego, że przyjęto ogółem 11.967 pacjentów pierwszorazowych, w tem leżących chorych 255 osób.

Ilość wizyt 13.434, operacyj wykonano 379.

Z wpływów klinicznych, wynoszących w obrocie ogólnym sumę, przekraczającą kwotę 100.000 zł., uzupełniono bibljotekę w takim stopniu, że należy dzisiaj z tej dziedziny do najobszerniejszych w całej Polsce.

Specjalny rodzaj nauki stomatologji chirurgicznej, tyczącej się tak ograniczonego miejsca, jakiem jest jama ustna, wymaga przygotowania specjalnych pomocy naukowych, przyczem wszelkie najnowsze zdobycze winny być wykorzystane. Idąc więc w tym kierunku, stworzono na oddziale własną wytwórnię filmu naukowego, aby móc demonstrować tak obrazy chorobowe schorzeń w jamie ustnej, jak zabiegi chirurgiczne, widoczne w czasie wykładu tylko dla niewielu, — na ekranie w powiększonych rozmiarach, dostępne dla całego audytorjum równomiernie. W ubiegłym roku sprawozdawczym zdjęto filmu 500 metrów.

Poza tem wzbogacono zbiory, które mają być w przyszłości materjałem dowodowym dla pracy naukowej, dużą ilością odlewów, przyczem specjalnie zwrócono uwagę na pozyskanie odlewów twarzowych, tak zwanych „masek“.

Aby ułatwić i umożliwić zbieranie piśmiennictwa, cały personel lekarski jest zatrudniony spisywaniem indeksu prac z pism, abonowanych przez oddział.

Z grona pomocniczych sił naukowych Oddziału był delegowany adjunkt — jako stypendysta Min. W. R. i O. P. — na zagraniczne studja roczne. Odbywał je — według złożonego sprawozdania — w Wiedniu i Berlinie, poznając się z metodami nauczania profesorów: Hansa Pichlera, Eiselsberga, Hermana Schrödera, Ernsta i docentów: B. Gottlieba, Petera i Müntzensheimera, prócz tego brał udział w Zjeździe Stomatologów Austrjackich.

Na Oddziale Dentystyki Zachowawczej.

Pierwszorazowych pacjentów przyjęto . .	9.466
Powtórnych	21.771
Zabiegów wykonano	35.922
Plomb	6.890
Rentgenogramów	11.172

Poza tem studenci II roku mają po 4 godziny tyg. w ciągu III trimestrów wykładów teoretycznych i po 5 godzin ćwiczeń fantomowych. Studenci III i IV roku — po 3 godziny tyg. wykładów klinicznych i po 8 godz. tyg. ćwiczeń klinicznych, prócz tego studenci III roku korzystają z ćwiczeń praktycznych po 5 godz. tyg. w zakresie plombowania złotem, porcelaną i wkładkami porcelanowemi (każde po jednym trimestrze). Studenci IV kursu w ciągu całego roku mają krótki kurs rentgenologji oraz ćwiczenia praktyczne z tej ostatniej.

W roku ak. 1928/29 P. Prof. dr. med. H. Wilga ogłosił drukiem pracę, p. t. „Pomoc szczękowo-rannym na froncie“ (Kronika Dentystyczna) oraz podał do druku 2 prace p. t. „Uchylenia w rozwoju zębów stałych“ i „Najlepszy sposób leczenia zgorzeli w przeciętnych warunkach pracy codziennej“.

Lek. dent. Ujejski Aleksander ogłosił następujące prace: 1) Ograniczenie stosowania koron pochewkowych. 2) Walkerit, jako materjał zastępczy kauczuku.

Dr. med. Szepelski Konrad ogłosił niżej wymienione prace: 1) Ogólna narkoza chlorkiem etylu w stomatologji. 2) O patogenezie t. zw. nadziąślaków i ich terapji. 3) Zarys rentgenografji i rentgenodjagnostyki stomatologicznej. 4) Rzadki przypadek retencji dolnych trzonowców.

Na Oddziale Techniki Dentystycznej.

Ogólna liczba wizyt	2.043
Pierwszorazowych	968
Z leczenia korzystających	688
Protez kauczukowych wykonano	154
Zębów porcelanowych zużyto	1.536
Zaczepek w kauczuku	165
Mostków wykonano	81
Ilość członów	326
Koron	185
Zębów ćwiekowych	35
Naprawek kauczukowych	233

Jeden ze st. asystentów oddziału wyjeżdżał jako stypendysta na 6-miesięczne studja zagraniczne. Odbywał je w Niemczech w następujących miastach: Rostock, Bonn i Würzburg. Ponadto przyjmował udział w IV-ym Zjeździe Lekarzy-Dentystów Niemieckich w Kolonji.

Na Oddziale Orthodontji:

Ogólna liczba wizyt	3.455
Pierwszorazowych	231
Z leczenia korzystających	123
Szyn przy złamaniu	4
Zatykadeł	6
Regulacji	116

Kierownik oddziału Orthodontji P. Prof. M. Zeńczak, oprócz zarządzania swoją katedrą, prowadził w roku ubiegłym również — z po-

wodu czasowego braku kierownika stałego — i oddział Techniki Dentystycznej, za co w imieniu Rady Profesorów składam Mu podziękowanie.

Również należą się wyrazy uznania i podziękowania wszystkim Panom Kierownikom, Wykładającym, oraz ich pomocnikom za całoroczną pracę pedagogiczną i dla dobra chorych oraz skierowaną ku rozwojowi Instytutu.

Praca kancelarji z roku na rok zwiększa się, w tym zaś roku była szczególnie intensywna, wskutek utworzenia Studenckiej Kasy Chorych i wprowadzenia i organizowania egzaminów wstępnych oraz rozległej korespondencji z Władzami w związku ze staraniami o objęcie Państwowego Instytutu Dentystycznego ustawą ramową. Pomimo jednak uzyskania jednej nowej siły pomocniczej, obarczenie pracą kancelarji było bardzo znaczne i nieustające.

To też Dyrekcja podnosi z uznaniem zasługi urzędników sekretarjatu i kwestury, przedewszystkiem Pana Sekretarza Z. Groszewskiego, i wyraża im serdeczne podziękowanie.

Wykaz osób, które otrzymały dyplom z ukończenia Państw. Instytutu Dentystycznego w roku ak. 1928/29.

1. Alchimowicz Marja Augusta.
2. Augustynowicz Halina Lucyna.
3. Bartoszewicz Roman.
4. Barwiński Wacław.
5. Berhang Maryla *(z odznaczeniem).*
6. Bernatowicz Marja Alicja.
7. Bieńko Aniela Stefanja.
8. Bleichfeld Izrael.
9. Brudnicka Stanisława.
10. Bobińska Jadwiga Anna.
11. Czyszkowska Barbara.
12. Z Dąbrowskich Struszyńska Jadwiga.
13. Dąbrowska Marjanna.
14. Dąbrowska Janina Róża.
15. Domiszewski Tadeusz.
16. Z Dowborów Wyrobiec Marja.
17. Ejbuszyc Franciszka.

18. Fleszar Władysława.
19. Fligelman Gitla.
20. Fraszczyk Zofja Kornelja.
21. Friedman Wilhelm.
22. Gliszczyńska Zofja Irena.
23. Glikman Eleonora.
24. Gluza Wanda *(z odznaczeniem).*
25. Z Śnieżko-Błockich Górewicz Wanda.
26. Gronau Jadwiga.
27. Grodner Kazimierz Maksymiljan.
28. Gumkowska Irena Zofja.
29. Z Hennebergów Mścichowska Halina Julja Wanda.
30. Jabłoniowski Stefan Karol.
31. Jarmontowicz Marja.
32. Jaworska Stanisława.
33. Jeleń Józefa.
34. Kanigowska Zofja.
35. Kita Marja Janina.
36. Kłucek Franciszka.
37. Kobryner Jerzy.
38. Z Konopackich Nowakowska Helena Zofja.
39. Kopczyńska Wanda.
40. Księżopolska Marja Magdalena.
41. Z Lewandowskich Konopka Irena.
42. Z Łopińskich Krzyżanowska Janina.
43. Maleszewska Wanda Łucja.
44. Mazurowska Stefanja Marja.
45. Mederska Halina.
46. Merklejn Marja Józefa *(z odznaczeniem).*
47. Mikułowska Hanna Marja Ludwika.
48. Mindelgrün Blima.
49. Z Moczarskich Ostrowska Anna Walerja Franciszka.
50. Motz Marja Ryta.
51. Z Mościckich Welbel Regina Barbara.
52. Mins Raisa.
53. Mulewicz Jadwiga Marta.
54. Mścichowska Julja Felicja.
55. Z Rudnickich Nawarecka Janina Ludmiła *(z odznaczeniem).*
56. Z Nehringów Natkańska Janina Marja Leokadja.
57. Neyman Franciszek Witold.

58. Oliwa Janina Marja.
59. Orlańska Ligja Marja.
60. Ossowska Leokadja Kazimiera.
61. Z Otowskich Domiszewska Janina Marja.
62. Panufnik Antoni.
63. Parczyński Eugenjusz Józef.
64. Z Koziołkiewiczów Piotrowska Helena Józefa.
65. Poncyljusz Zdzisława Janina.
66. Porczyńska Zofja.
67. Prybe Helena Joanna *(z odznaczeniem).*
68. Z Stachlewskich Rażniewska Helena.
69. Różycka Marja.
70. Rutkowski Feliks Konstanty.
71. Rymarska Elżbieta.
72. Senensieb Józef.
73. Sirotiński Mikołaj.
74. Skrzypińska Irena Franciszka *(z odznaczeniem).*
75. Sokołowska Janina Halina.
76. Sujkowska Marja Teodozja.
77. Szcześniewska Zofja Marja.
78. Szuster Zofja Janina.
79. Z Niekraszów Schönborn Irena.
80. Szymkowska Czesława.
81. Szydzińska Halina Jadwiga.
82. Torończyk Romea.
83. Tuz Marja Rozalja.
84. Wasilewska Janina.
85. Wilner Gustawa.
86. Wilkowska Antonina Helena *(z odznaczeniem).*
87. Wyhowska Romualda.
88. Więcławska Wanda Marja.
89. Z Korziuk-Zaleskich Bułakowska Irmina Kazimiera.
90. Zbyszyńska Alicja Klara.
91. Z Ziegenhirtów Dąbrowska Halina Emilja.
92. Żebrowska Helena.
93. Żuchowicz Rochla.
94. Glińska Zofja.
95. Puzyna Halina Marja.
96. Zdziennicka Cecylja.
97. Sumińska Irena.

Otrzymaliśmy z prośbą o umieszczenie.

Międzynarodowy Związek Dentystyczny.

Fédération Dentaire Internationale.

W sierpniu r. b. Międzynarodowy Związek Dentystyczny odbył doroczne zebranie w gmachu Uniwersytetu w Utrechcie. Uczestniczyli w niem delegaci związków lekarsko-dentystycznych ośmnastu różnych państw. (W Międzynarodowym Związku Dentystycznym zjednoczeni są dentyści 40 państw). Międzynarodowy Związek Dentystyczny składa się z Rady Wykonawczej, w której reprezentowane są państwa przez 1—5 głosów (w zależności od liczby lekarzy-dentystów), a nadto z 9 komisyj.

Zadaniem Międzynarodowego Związku Dentystycznego według artykułu 2 statutu jest:

1. Ustalanie miejsca i terminów kongresów.
2. Wzmacnianie więzów pomiędzy narodowemi zrzeszeniami dentystycznemi.
3. Tworzenie w miarę potrzeby różnych międzynarodowych komisyj.
4. Popieranie organizacji stowarzyszeń, poświęconych postępowi wiedzy lekarsko-dentystycznej na całym świecie.
5. Przyznawanie międzynarodowej nagrody Millera.

Prace Rady Wykonawczej oraz Komisji na zgromadzeniu w Utrechcie rozwinęły się w tym właśnie kierunku, o czem wkrótce poda się do wiadomości. Między innemi przyjęto tam regulamin najbliższego Kongresu międzynarodowego, który odbędzie się w Paryżu w sierpniu roku 1931. Wybrano również komitet organizacyjny dla tegoż kongresu.

Koledzy, przyjmijcie udział w 8-ym Międzynarodowym Kongresie Lekarsko - Dentystycznym w Paryżu w sierpniu r. 1931.

Podczas zjazdu w Utrechcie holenderski związek lekarsko-dentystyczny zorganizował kongres i wystawę higjeny jamy ustnej. Wystawa odbyła się pod protektoratem Królowej Matki i pod honorowem przewodnictwem Księcia Henryka Niederlandskiego. Przewodniczył na zebraniach A. van Hasselt z Hagi. Kongres odbywał się w 3 sekcjach i obradował and wszelkiemi zagadnieniami z dziedziny higjeny jamy ustnej. Wygłoszono 38 referatów holenderskich i zagranicznych. Zostały one wydrukowane w specjalnym numerze „Tijdschrift voor Tandheelkunde".

Wystawa odbyła się w 2 salach uniwersyteckich: w jednej wystawiono exponaty holenderskie, w drugiej — belgijskie, kanadyjskie, angielskie, niemieckie, francuskie, japońskie i t. d. Wystawa dostarczyła dużo materjału, była dostępna dla publiczności i licznie oglądana. Wyświetlano filmy z dziedziny higjeny jamy ustnej z Ameryki, Anglji, Niemiec, Holandji i Francji. Wystawa przemysłowa dostarczyła wiadomości o postępach w tej dziedzinie. O wystawie wydane będą specjalne sprawozdania. Wszyscy uczestnicy zachwycali się gościnnością i serdecznem przyjęciem.

Komisja Prasowa Międzynarodowego Związku Dentystycznego.

Nowości Przemysłu Dentystycznego.

Firma de Trey wydała w przekładzie na język polski znaną tablicę Clark'a „O zawleczeniu pierwiastków chorobotwórczych", dzięki którym powstają w jamie ustnej różne ogniska zakaźne oraz, jakie choroby mogą one w następstwie powodować", a to opierając się na wynikach badań, doświadczeń i poglądów Rosenow'a, Billings'a, Hertzel'a, Mayo i innych twórców teorji o zakażeniach ogniskowych (focal infection) i ustnych (oral sepsis). Na omawianej tablicy zobrazowane są ważniejsze typy zarazków oraz schorzenia przyzębia, względnie okołozębia, które według powyższej teorji, mogą być przyczyną zachorzeń różnych, nawet bardzo odległych od ogniska pierwotnego organów czy tkanek dotkniętego ustroju.

Tablica ta jest wielce rozpowszechniona w Stanach Zjednoczonych Am. Półn., kraju ojczystym wyżej wymienionych twórców tej teorji. gdzie, jak powszechnie wiadomo i co wszyscy zgodnie podkreślają, panuje bardzo żywe uświadomienie, jakim niebezpieczeństwem jest dla ustroju nieuporządkowana jama ustna, względnie, jak należy ją, zwłaszcza uzębienie, leczyć i utrzymywać.

Odnośne podstawowe poglądy są usilnie wpajane w Stanach Zjednoczonych już dzieciom, przedewszystkiem przez szkołę, co sprawia nietylko wielki i szybki rozwój dentystyki w tym kraju, korzystanie przez wszystkich z jej dobrodziejstw, lecz niewątpliwie przyczynia się do podniesienia zdrowotności najszerszych warstw zaludnienia.

Omawiana tablica jest już oddawna wydana w języku niemieckim i znalazła w Niemczech wielkie rozpowszechnienie, aż do wywieszania jej w szkołach i t. d.

W Polsce, jak dotychczas tablica ta nie znalazła należnego jej uznania i rozpowszechnienia, a szkoda, mogłaby ona przyczynić się wielce do uświadomienia i ugruntowania poglądów na potrzebę leczenia jamy utsnej i uzębienia i płynącego niebezpieczeństwa dla ustroju z ich zaniedbania.

Jest bowiem to uświadomienie u nas, bez przesady to można powiedzieć, nawet wśród warstw oświeconych niedostateczne, a wśród innych bardzo małe, lub zgoła... — żadne.

Od niedawna zjawił się na naszym rynku przyrząd do oświetlania i prześwietlania jamy ustnej t. zw. „Perba-łampa". Aczkolwiek mieliśmy już różnego rodzaju przyrządy do tego celu, wszystkie one jednak posiadały poważne braki, musiały one być zaopatrzone w opornik lub włączane do tablicy rozdzielczej, co podnosiło koszta instalacyjne i utrudniało ruchy operatora, — lampa czołowa po pewnym czasie powoduje zmęczenie.

Powyższe braki i wady przez „Perba-lampę" zostały całkowicie usunięte.

Jej siła światła znacznie przewyższa inne podobne przyrządy. Można ją włączać do zwykłego kontaktu ściennego lub do oprawki rozgałęźnej zwykłej żarówki, co wszelkie baterje, transformatory i t. d. czyni zbędnemi. Dzięki znacznej sile światła „Perba-lampy", może ona służyć nie tylko do oświetlania jamy ustnej lecz również i prześwietlania: przy jej pomocy możan badać kanały korzeniowe, wykrywać poddziąsłowe ubytki, głęboko zalegające złogi kamienia, sprawdzać przyleganie brzegów pierścieni korony do korzenia, oświetlać pole operacyjne przy zabiegach chirurgicznych, prześwietlać jamę szczękową i oboczne nosa (może więc oddać usługi również laryngologom przy badaniu nosa, gardzieli i t. d.). Dzięki swym małym rozmiarom oraz możności dostosowania do każdego kontaktu, „Perba-lampa" może być łatwo użyta przez lekarza do badania chorego również poza pokojem ordynacyjnym.

W szczególności o lampie tej zaznaczyć można:

1) Rurki „Perba-Lampy" (Fig. 5) bywają metalowe lub ze szkła mlecznego i mogą być sterylizowane we wrzącej wodzie bez obawy pęknięcia.

2) Wszystkie części „Perba-Lampy" jako to: żarówki, rurki i lusterka (Fig. 4, 5 i 6) mogą być odśrubowane od aparatu i mogą być zamienione zapasowemi częściami:

3) W razie braku kontaktu ściennego można „Perba-lampę“ włączyć do oprawki lampowej.

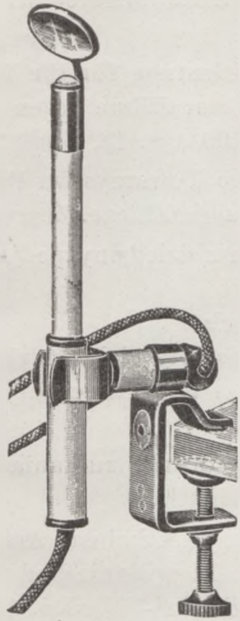


Fig. 1.

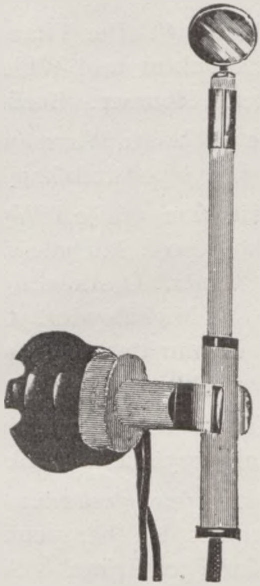


Fig. 2.



Fig. 3.

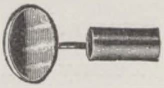


Fig. 4.



Fig. 5.

4) Sterylizujące się rurki i lusterka można zastąpić zapasowemi, co pozwala bez przerwy badać kolejno po sobie następujących pacjentów jedną tylko „Perba-lampą“.

5) Perba-lampa“ dostosowana jest do prądu stałego, zmiennego i do różnych napięć jak: 110, 220 Volt i in., co należy podać przy kupnie aparatu.

Książki nadesłane.

1. *H. J. Tholuck.* Die Behandlung der Milchzähne. Meusser. Berlin, 1929. Stron 106, rys. 20.
2. *O. Walkhoff.* Die Vitamine in ihrer Bedeutung für die Entwicklung, Struktur und Widerstandfähigkeit der Zähne gegen Erkrankungen. Meusser. Berlin, 1929. Stron 100, rys. 43.
3. Prace Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Przyjaciół Astronomji pod redakcją Prof. W. W. Kamieńskiego. Zeszyt I.1929.
4. Polskie Monografje i Wykłady kliniczne z dziedziny pedjatrji pod redakcją prof. Michałowicza. 1929.
   - I. Gantz. O stanach podgorączkowych.
   - II. M. Michałowicz. O chwiejności ciepłoty ciała ludzkiego.
   - III. Baumritter. Odrębności kliniczne i terapeutyczne cukrzycy wieku dziecięcego.
5. *L. Hirszfeld.* Kilka uwag w sprawie reformy nauczania higjeny na uniwersytetach. 1929.
6. Lexikon der gesamten Therapie des praktischen Arztes mit Einschluss der therapeutischen Technik. III wydanie pod redakcją W. Marle'go. Urban & Schwarzenberg. Berlin - Wiedeń. 1929. Zawiera artykuły od „Bubonulus" do Eigenserumbehandlung (Autoserumtherapie). Str. 193 — 288.
7. *Dr. med. Tadeusz E. Sokołowski.* Psychoterapja, str. 59.
8. *Dr. W. Hauptmann.* O spotęgowanem działaniu Veramonu.
9. Statut „Rodziny lekarskiej".

DRUKARNIA ZAKŁ. WYDAWN. M. ARCT, SP. AKC. W WARSZAWIE, CZERNIAKOWSKA 225